



FLACSO
SEDE ACADÉMICA DE ECUADOR

FLACSO – SEDE ECUADOR

PROGRAMA DE POLITICAS PÚBLICAS Y GESTION

MAESTRIA AUSPICIADA POR EL FONDO DE SOLIDARIDAD

TEMA:

“Análisis de la eficiencia técnica de los Hospitales Cantonales de menos de 20 camas del MSP en la Provincia del Guayas: periodo 1998 - 2002”

AUTOR:

Luis Eduardo Gonzaga Sarmiento

Quito – Ecuador

2004



FLACSO
SEDE ACADÉMICA DE ECUADOR

FLACSO – SEDE ECUADOR

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN

MAESTRIA AUSPICIADA POR EL FONDO DE SOLIDARIDAD

TEMA:

“Análisis de la eficiencia técnica de los Hospitales Cantonales de menos de 20 camas del MSP en la Provincia del Guayas: periodo 1998 - 2002”

AUTOR:

Luis Eduardo Gonzaga Sarmiento

DIRECTOR FLACSO:

Mat. Act. Leonardo Vélez Aguirre¹

DIRECTOR EXTERNO:

Dr. José Luis Navarro Espigares²

Quito, Marzo 2004

¹ Profesor FLACSO Maestría de Políticas Públicas, experto en aseguramiento, Funcionario de la Superintendencia de Bancos del Ecuador.

² Profesor titular Universidad de Granada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales y Subdirector Económico del Hospital Virgen de las Nieves, Junta de Andalucía, España

INDICE GENERAL

SINTESIS.....	3
INDICE DE ACRONIMOS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I.....	12
Modelos de medición de la eficiencia y Calidad asistencial.....	12
1.1. Modelos de función frontera.....	15
1.1.1. Modelos paramétricos.....	17
1.1.2. Modelos no paramétricos.....	18
1.1.2.1. Rendimientos Constante de Escala.....	20
1.1.2.2. Rendimientos Variables de Escala.....	21
1.1.2.a. Desarrollo del modelo no paramétrico seleccionado: Data Envelopment Analysis (DEA).....	24
1.1.2.b. Índice de Malmquist.....	30
1.2. Eficiencia Técnica: Índices de resultados.....	33
1.2.1. Eficiencia técnica global.....	33
1.2.2. Eficiencia técnica pura.....	34
1.3. Calidad asistencial: Dimensiones de valoración.....	35
CAPITULO II.....	39
Contexto del estudio: Hospitales cantonales menos 20 camas del MSP en la Provincia del Guayas.....	39
2.1. Descripción funcional de los hospitales cantonales menos 20 camas del MSP.....	40
2.2. Principales Programas, cobertura y recursos.....	44
2.2.1. Medicamentos genéricos.....	44
2.2.2. Maternidad gratuita y atención a la infancia.....	44
2.2.3. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición.....	45
2.2.4. Plan Ampliado de Inmunizaciones.....	46
2.2.5. Control Epidemiológico –Tuberculosis.....	46
2.2.6. Control Epidemiológico –Malaria y Dengue.....	47
2.3. Principales procesos de atención.....	47
2.3.1. Procesos previos a la atención médica en consulta externa.....	49
2.3.1.1. Estadística – Admisión:.....	49
2.3.1.2. Preparación de pacientes en Consulta Externa.....	50
2.3.2. Medicina General y Gineco-obstetricia.....	51
2.3.3. Odontología.....	52
2.3.4. Emergencia.....	53
2.3.4.1. Cirugía Menor.....	53
2.3.4.2. Gineco-obstetricia.....	53

2.3.4.3. Medicina General y Pediatría:.....	54
2.3.5. Proceso previo ingreso a hospitalización: Admisión de hospitalización	54
2.3.6. Hospitalización:.....	55
2.3.6.1. Medicina General y Pediatría.....	55
2.3.6.2. Cirugía General (incluyendo cirugía de parto: Cesárea)	56
2.3.6.3. Gineco-obstetricia: (Parto normal).....	57
2.4. Insumos y productos.....	59
2.4.1. Recursos humanos, materiales y equipos	59
2.4.1.1. Recursos Humanos:.....	59
2.4.1.1.1. Médicos.....	59
2.4.1.1.2. Enfermeras.....	60
2.4.1.1.3. Auxiliares de Enfermería.....	60
2.4.1.1.4. Otro personal de servicios y administrativos.....	60
2.4.1.2. Materiales:.....	61
2.4.1.3. Equipos.....	61
2.4.1.3.1. Laboratorio clínico.....	61
2.4.1.3.2. Rayos X	62
2.4.1.3.3. Ambulancia.....	62
2.4.1.3.4. Equipos de Cómputo.....	62
2.4.1.3.5. Equipos de Cirugía - Quirófano.....	62
2.4.2. Producto, resultados y satisfacción del usuario.....	62
2.4.2.1. Consulta Externa por especialidad.....	63
2.4.2.2. Egresos hospitalarios por especialidad	63
2.5. Satisfacción del usuario.....	65

CAPITULO III..... 67

Salud y Análisis Envolvente de Datos como técnica para medir la eficiencia técnica:	
Hospitales Cantonales de la Provincia del Guayas.....	67
3.1. Muestra estadística de hospitales y selección de variables	67
3.2. Construcción del modelo: inputs y outputs	69
3.3. Restricciones técnicas para el modelo.....	75
3.4. Modelo simple, resultados DEA:	76
3.4.1. Eficiencia relativa de los hospitales.....	76
3.4.2. Eficiencia relativa de los hospitales: Especialidades	78
3.4.2.1. Eficiencia relativa especialidad: Cirugía	78
3.4.2.2. Eficiencia relativa especialidad: Gineco-obstetricia.....	79
3.4.2.3. Eficiencia relativa especialidad: Medicina General	80
3.4.2.4. Eficiencia relativa especialidad: Pediatría	81
3.5. Eficiencia relativa de los hospitales: Consulta Externa.....	82
3.6. Producto Intermedio Consulta Externa	85
3.6.1. Especialidad de Medicina General	85
3.6.2. Producto intermedio Consulta Externa: Especialidad de Pediatría	85
3.6.3. Producto intermedio Consulta Externa: Especialidad de Gineco- obstetricia.....	85
3.7. Eficiencia relativa de los Hospitales: Hospitalización.....	86
3.8. Producto intermedio especialidades hospitalización:	89
3.8.1. Medicina General.....	89
3.8.2. Producto intermedio especialidades hospitalización: Cirugía	89
3.8.3. Producto intermedio especialidades hospitalización: Pediatría	90

3.8.4. Producto intermedio especialidades hospitalización: Gineco-obstetricia	90
3.9. Resultados de la eficiencia.....	92
3.10. Análisis de sensibilidad.....	93
3.10.1. Ambiente de combinación de insumos: reducción	95
3.10.1.1. Hospital de Salitre.....	95
3.10.1.2. Hospital de Naranjal	95
3.10.1.3. Hospital de Naranjito	96
3.10.1.4. Hospital de Playas.....	96
3.10.1.5. Hospital de Salinas	97
3.10.1.6. Hospital de Libertad	98
3.10.1.7. Hospital de Manglaralto	98
3.10.1.8. Hospital de Tenguel.....	99
3.10.1.9. Hospital de Daule	99
3.10.1.10 Hospital del Empalme.....	100
3.10.1.11 Hospital de Balzar.....	100
3.10.1.12 Hospital del Triunfo.....	101
3.10.1.13 Hospital de Yaguachi.....	101
3.11 Resultados del Análisis de Sensibilidad.....	103
 CAPITULO IV.....	 105
Calidad Asistencia y eficiencia técnica en Hospitales cantonales.....	105
4.1. La Calidad Asistencial en el Ecuador.....	105
4.2. Indicadores de calidad en Hospitales Cantonales.....	108
4.2.1. Estancia media	109
4.2.2. Porcentaje de rendimiento de Quirófano	110
4.2.3. Porcentaje de cesáreas.....	110
4.2.4. Tasa de reingresos hospitalarios	111
4.3. Relación entre indicadores de calidad y eficiencia	111
4.4. Interpretación de resultados	112
 CAPITULO V	 115
5.1 Conclusiones:.....	115
5.2. Recomendaciones:.....	120
 BIBLIOGRAFÍA	 122
 ANEXOS: TABLAS.....	 126

INDICE DE ACRONIMOS

BCG	Vacuna contra la tuberculosis
CCR	Charnes Cooper y Rhodes
CONAMU	Consejo Nacional de Mujeres
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CPP	Curva de Posibilidades de Producción
CRI	Conjunto de Requerimientos de Inputs
CRS	Rendimientos Constantes de Escala
DEA	Data Envelopment Analysis
DMU's	Decisión Making Unit's
DNP- MSP	Dirección Nacional de Planificación del MSP
DOC	Detección Oportuna de Cáncer
DPSG	Dirección Provincial de Salud del Guayas
DPT	Difteria, Paperas y Tétanos
DT	Difteria y Tétanos
EFFCH	Cambios en la Eficiencia
EM	Estancia Media
ETG	Eficiencia Técnica Global
ETP	Eficiencia Técnica Pura
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FPP	Frontera de Posibilidades de Producción
FS	Fondo de Solidaridad
GPC	Guías de Práctica Clínica
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbei – Cooperación Técnica Alemana
HCU	Historia Clínica Única
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
IQ	Intervenciones Quirúrgicas
LAC RSS	La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe
LOSNS	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
MBE	Medicina Basada en Evidencia
MODERSA	Modernización del Sector Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PORCENTAJE UsoQ	Porcentaje Uso de Quirófano
PORCENTAJECESA	Porcentaje de Cesáreas
RR.HH	Recursos Humanos
SEN	Sistema Estadístico Nacional
SNEM	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TECHCH	Cambios Técnicos
TFP	Productividad Total del Factor
UNICEF	United Nations Children's Fund – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VRS	Rendimientos Variables de Escala

CAPITULO II

Contexto del estudio: Hospitales cantonales menos 20 camas del MSP en la Provincia del Guayas

El MSP tiene en la provincia del Guayas 13 hospitales con una dotación de 15 camas cada uno, bajo la categoría de nivel I, están ubicados en 13 de los 28 cantones que posee esta provincia: Guayaquil, Santa Elena, Daule, Balzar, El Empalme, Salitre, Naranjal, Naranjito, Yaguachi, Salinas, Libertad, Playas y el Triunfo. Los hospitales de más de 200 camas se encuentran ubicados en la cabecera provincial, esto es, en la ciudad de Guayaquil.

Para el año 2002, estos 13 hospitales tenían una población asignada de 377.138 habitantes (Tabla No. 28).

La atención que brindan es de primer nivel; atención básica en; consulta externa, emergencia y hospitalización. Disponen de servicios auxiliares de diagnóstico como: laboratorio clínico y rayos x. Los 13 hospitales cantonales poseen infraestructura y equipos para Cirugía⁵⁶.

La población que atiende es de escasos recursos económicos y se concentra en los sectores urbano-marginal y rural de los cantones.

El perfil de morbilidad de esta población es citado por la OPS (2002, p 230) como: *“... la coexistencia de enfermedades infecciosas y crónicas junto con violencia, accidentes de transporte y problemas de salud mental. Entre las enfermedades de notificación obligatoria; las infecciosas respiratorias ocupan el primer lugar y son tres veces más que las enfermedades diarreicas... Los principales factores de riesgo para la salud se relacionan con el hacinamiento en las viviendas, la mala calidad del agua, la contaminación ambiental, las deficiencias nutricionales y el incremento de la violencia general e intrafamiliar, así como la inseguridad ciudadana”*.

En cuanto a los recursos financieros, estas unidades de salud se enfrentan con presupuestos reducidos. La OPS señala que el Gasto Social en el presupuesto total del Gobierno descendió progresivamente de 36% en 1996 a 17% en el año 2000. El Gasto per cápita en salud, bajó de 52 USD. a 26 USD, durante el mismo periodo.

⁵⁶ Aunque el estado de los equipos varíe de una unidad a otra y de la disponibilidad del recurso humano.

2.1. Descripción funcional de los hospitales cantonales menos 20 camas del MSP

Según el MSP⁵⁷ estos hospitales se clasifican dentro del nivel I, con menos de 50 camas y se denominan CENTRO DE SALUD HOSPITAL con categoría I.

El nivel de atención es básica, hospitalización de corta estancia en Gineco-obstetricia, pediatría, emergencias médico-quirúrgicas y acciones de desarrollo comunitario.

Los hospitales cantonales son cabecera de área y dentro de ellos funciona la jefatura de área. Su funcionamiento es referencial con respecto al SNS, pues es la unidad básica del Sistema Nacional de Salud que atiende morbilidad de baja resolución de corta estancia. Se entiende que desde éste nivel comienza la referencia y contrarreferencia hacia los hospitales de mayor complejidad del SNS.

El MSP busca ejecutar a través de éstas unidades de salud, todas las actividades de desarrollo comunitario en salud, así como; actividades preventivas y curativas que demanden la población asignada.

En cuanto a su ubicación geográfica; preferencialmente se encuentran localizados en las cabeceras cantonales - un tanto alejados del área urbana - con población concentrada⁵⁸ de 10 a 30 mil habitantes y de población total de hasta 100 mil habitantes.

El Recurso Humano que el MSP⁵⁹ le asigna es: 4 a 8 médicos - entre internos, residentes y tratantes -, 2 odontólogos, 1 obstetrix, 1 enfermera, de 6 a 15 auxiliares de enfermería, otro personal técnico, administrativo y de servicios.

La estructura física de estos hospitales esta compuesta de: 1 planta con 9 sectores. Estos son: 1) Dirección y Administración; 2) Servicios técnicos y saneamiento ambiental; 3) Consulta Externa; 4) Emergencia; 5) Hospitalización; 6) Diagnóstico y tratamiento; 7) Central de abastecimiento y procesamiento; 8) Servicios generales y; 9) Mantenimiento.

Aunque la Guía de Referencia determina una organización bastante compacta en términos de la cantidad y calidad de personal. En la práctica dista mucho en su aplicación, por ejemplo en el sector Consulta Externa mencionan que debe existir 1 consultorio general, 1 consultorio pediátrico, éste último no existe. En cuanto a laboratorio menciona que debe haber separación de ambientes para el trabajo de muestras de sangre, coprología y uro-análisis, esta separación de ambiente no se respeta.

⁵⁷ Guía de referencia para la categorización y determinación de la capacidad resolutoria de los hospitales del MSP, 1994

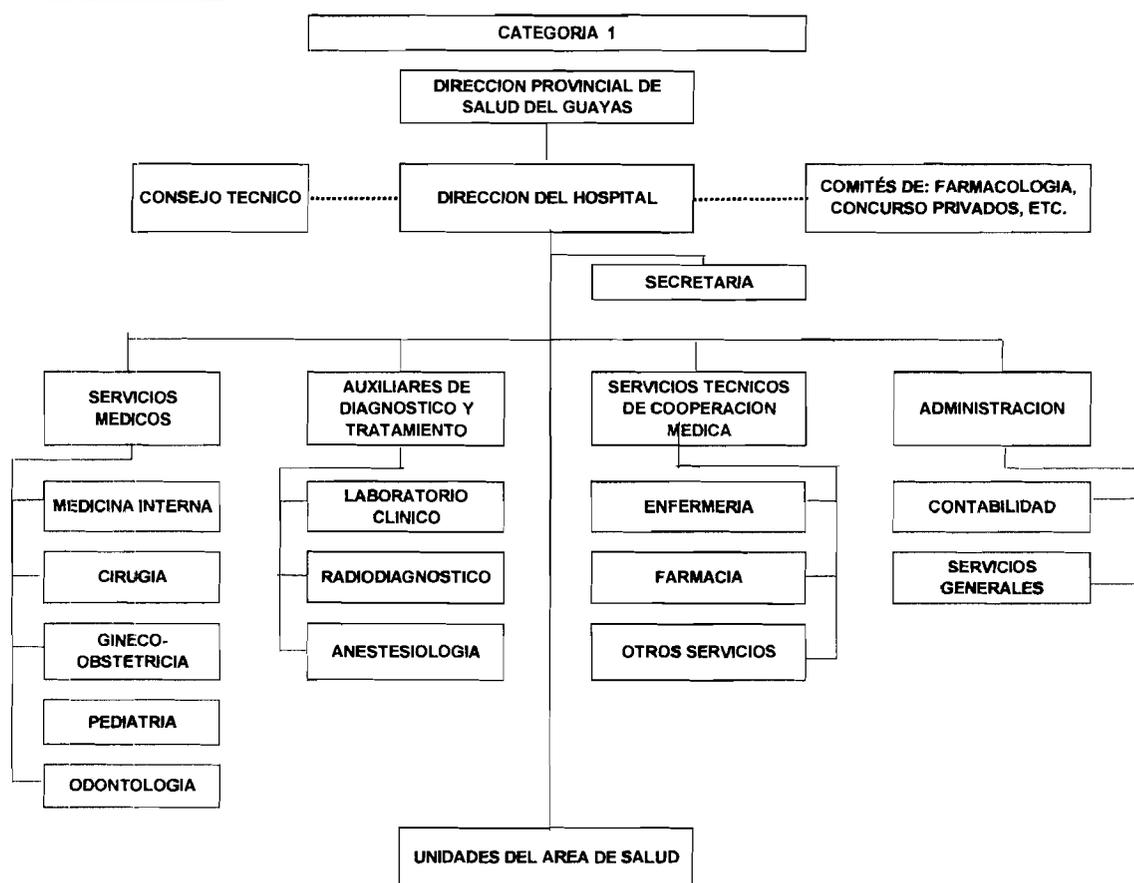
⁵⁸ Según el Manual de Referencia de Áreas de Salud del MSP.

⁵⁹ Manual de contenido múltiple para la rehabilitación de los hospitales del Ministerio de Salud Pública

En cuanto a su ámbito de competencia, menciona la Guía, que supervisa en lo técnico-administrativo a los puestos de salud y subcentros, sin embargo en la realidad ésta supervisión es limitada por la carencia de recursos de movilización⁶⁰. A su vez, estos hospitales cantonales son supervisados por la DPSG –Dirección Provincial de Salud del Guayas- en lo administrativo⁶¹ y por los Hospitales de mayor complejidad en lo técnico, esto último nunca se ha dado, pues la referencia⁶² y contrarreferencia que debería existir con ellos no funciona hasta el momento.

La estructura organizacional para los hospitales de menor –categoría 1- complejidad es la siguiente:

FIGURA No. 2.1



FUENTE: MSP, “Manual de contenido múltiple para la rehabilitación de los hospitales del Ministerio de Salud Pública: 1994-1996

⁶⁰ Al ser consultados los directivos de los hospitales cantonales sobre el aspecto de supervisión a los puestos, centros, etc. mencionan que “la falta de medios de transporte para trasladarse hacia los centros y subcentros de salud hace que no se pueda realizar supervisiones periódicas”

⁶¹ La supervisión de la DPSG se limita a que los directores se trasladen hasta la sede y rindan un informe, es bastante rara la supervisión in situ salvo el caso de “anomalías graves”.

⁶² Sobre el tema se consultó a los médicos sobre la red de SNS y fundamentalmente la referencia a hospitales del MSP manifestando que “no es seguro que reciban a un paciente en un hospital del MSP –Del niño ó Guayaquil- para evitarnos que el paciente pierda tiempo y según el caso preferimos derivarlo a los hospitales del JBG – Vernaza, Roberto Gilbert o Maternidad Sotomayor- que están mejor equipado

La estructura anterior refleja una estructura vertical, rígida y centralizada en la toma de decisiones, inflexible y anacrónica que no permite armonizar con los cambios que demandarán la constitución del sistema Nacional de Salud. Estas estructuras han sido definidas por MINTZBERG⁶³ como burocracia profesional, porque el poder se encuentra desperdigado en muchas personas es centralizado y débil, entre los principales problemas que se mencionan son: la comunicación, el control y la coordinación.

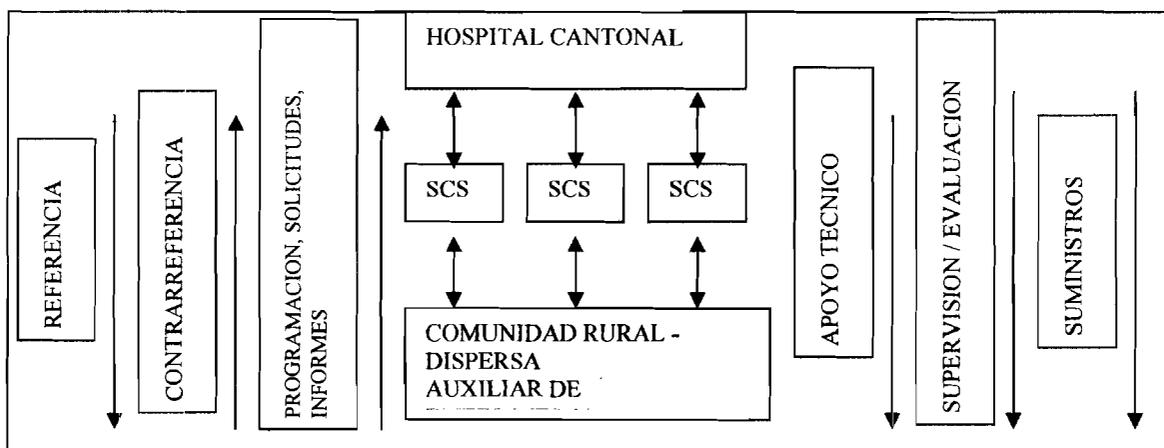
Cada unidad administrativa, cada departamento, se convierte en ente cerrado, con mando desde una jefatura, difícil de penetrar. Lo mencionado anteriormente se hace evidente con la implementación del actual sistema de Gestión por procesos que lleva adelante el MSP, sistema que se encuentra paralizado porque los departamentos, las personas en si mismo, temen perder espacio y poder.

En un intento por armonizar el funcionamiento de las unidades de salud cantonales, surgen propuestas al amparo de la LOSNS, como la de establecer competencias sobre las unidades de salud por parte de los gobiernos locales, como es el caso de: Cotacachi, Santa Elena, Cuenca y Loja.

El cambio de directores de estas unidades es muy frecuente, en muchos casos, estos funcionarios⁶⁴ tienen que legitimarse primero, con los gremios de trabajadores y/o grupos informales que actúan a nivel de departamentos de la misma unidad operativa, creando un condicionamiento de su gestión a las decisiones gremiales o de grupo.

El Hospital Cantonal dentro de la red de área del MSP, ver figura No.2.2:

FIGURA No.2.2



FUENTE: MSP; Manual de Trabajo de la Auxiliar de Enfermería Comunitaria, Quito

⁶³ La esencia de la estructura, extracto del libro "La estructuración de las organizaciones",

⁶⁴ La gestión del funcionario radica en "permanecer" coordinando por 2 o 3 días en la DPSG y en los días restantes le dedica a la gestión en la unidad de salud respectiva.

Las flechas unidireccionales indican “**coordinación**” de abajo hacia arriba o viceversa, las bidireccionales indican “**coordinación**” en ambos sentidos, en el caso de los hospitales cantonales la “**coordinación**” es con los subcentros, todos ellos conforman la red de atención de las áreas de salud rural, esto se debe entender dentro de un marco de referencia y contrarreferencia que debería existir dentro del SNS - Sistema Nacional de Salud -.

Sin embargo, esta estructura de coordinación dentro del SNS es débil en cuanto a su aplicación, los pacientes asisten⁶⁵ directamente al hospital cantonal porque lo encuentran disponible “*las 24 horas*”.

En el interior del hospital cantonal la actividad asistencial se desenvuelve con cierta descoordinación⁶⁶ que se manifiesta en dos aspectos: 1) Técnico y, 2) Administrativo. En lo **Técnico**; en la atención de calidad, donde no hay consenso entre directivos y el personal médico en el momento de asignar el trabajo –número de pacientes a atender, tiempo de atención por paciente⁶⁷ -, en especial en consulta externa, los expedientes clínicos son muy deficientes en información, su llenado es incompleto. En lo **Administrativo- Financiero**: Los controles sobre el recurso humano es deficiente, el gasto no se efectúa amparado en prioridades de la demanda, ni se elabora el presupuesto participativo.

La estructura organizacional de estas unidades operativas se enmarca en un nivel de autoridad vertical rígida, que no admite la gestión de calidad orientada al usuario por prevalecer lo técnico sobre lo humano, la norma sobre la necesidad.

Esta estructura de la organización hospitalaria por ser inflexible, anacrónica, además de carecer de recursos humanos y materiales, hace que el control técnico, administrativo de la jefatura de área sobre las áreas de salud sea mínimo.

Los hospitales cantonales funcionan como jefatura de área, se convierten en unidades de atención básica con nivel I, desarrollan a partir de allí todos los programas del MSP, teniendo fuerte impacto sobre la población objetivo.

⁶⁵ Al consultarse a los pacientes sobre el aspecto de porque no concurren a los puestos, centros y subcentros de salud, dicen que “los médicos no llegan, pasan cerrados, etc.”

⁶⁶ Algunos servicios como Farmacia tienen horarios restringidos. En cuanto a la disponibilidad de medicamentos: de 4 recetas al menos 2 no dispone la farmacia. En laboratorio clínico la situación es similar. Esto ha dado lugar a la concentración de farmacias, laboratorios, consultorios médicos privados cerca –frente- a estas unidades de salud.

⁶⁷ Es frecuente que el personal médico no llegue a la hora habitual y busque retirarse antes de la culminación de la jornada de trabajo.

2.2. Principales Programas, cobertura y recursos

Los principales programas que desarrolla el MSP a través de los hospitales cantonales son los siguientes:

- Medicamentos genéricos
- Maternidad gratuita y atención a la infancia
- Alimentación y nutrición
- Plan Ampliado de Inmunizaciones
- Control epidemiológico – Tuberculosis
- Control epidemiológico – Malaria y Dengue

2.2.1. Medicamentos genéricos

Funciona desde mayo del 2000 y tiene como finalidad la distribución de medicamentos –lista de medicamentos básicos⁶⁸- con propiedades terapéuticas similares a los medicamentos comerciales, el precio al usuario se reduce hasta el 50% del valor de mercado. Este programa se ejecuta a través de la farmacia de los hospitales cantonales.

La ejecución del programa es de vital importancia para los pacientes, dado que la ayuda que brinda es permitir llegar a cumplir con las recomendaciones terapéuticas del médico tratante. Antes de la ejecución del programa muchos pacientes abandonaban su tratamiento o no concurrían ⁶⁹ a la consulta subsecuente por no disponer de medios con que comprarlos.

Sin embargo, pese a que el programa esta lleno de buenas intenciones la falta de provisión continua, especialmente en los primeros cuatro meses de cada año, hace que los pacientes pierdan esperanzas sobre las unidades hospitalarias cantonales⁷⁰.

2.2.2. Maternidad gratuita y atención a la infancia

Se implementó en 1999 y su finalidad es disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil y con ello mejorar el bienestar y calidad de vida de la población.

Atiende a mujeres embarazadas, recién nacidos sanos o con problemas de salud. A partir del año 2002 se incluyó a la población menor de 6 años.

⁶⁸ En 1998 había 6.903 medicamentos registrados; 28 % genéricos; 80% importados, www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_218.htm

⁶⁹ En muchos casos esperan que la enfermedad hay culminado su efecto devastador para recién buscar ayuda profesional

⁷⁰ Esto es corroborado en el informe de rendición de cuentas de los programas prioritarios del frente social, pues desde enero a abril del 2002 no se habían producido desembolsos asignados para ese periodo, sino que se estaba utilizando remanentes presupuestarios del año 2001.

El programa tiene un gran impacto social y goza de un amplio apoyo de los organismos, especialmente femeninos.

En torno al programa se han organizado comités de usuarias (veedurías) con participación de las mismas. Institucionalmente participan: El Fondo de Solidaridad – FS-, Instituto Nacional del Niño y la Familia –INNFA-, Consejo Nacional de la Mujer – CONAMU-, United Nations Children’s Fund⁷¹ –UNICEF-, OPS/OMS y la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit⁷² –GTZ-.

El programa tiene un alto costo⁷³ – pero de mayor impacto - con mayor participación social, tiene prioridad en la gestión hospitalaria cantonal y en cuanto a producción hospitalaria genera el 50% de los egresos y el 30% de las consultas médicas.

Entre las prestaciones que incluye este programa constan: control prenatal, atención al parto; normal y cesárea. Complicaciones obstétricas, planificación familiar, ligaduras, Detección Oportuna del Cáncer –DOC-, cérvico, uterino, control post parto, atención a menores de 1 año. En neonatos; cuidados intermedios y/o cuidados intensivos.

En cuanto a cobertura nacional⁷⁴, este programa alcanzó el 99.7% en las consultas de control prenatal, el 98.9% en la atención de parto normal, el 100% en cesáreas y el 100% en planificación familiar.

2.2.3. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición

Se inició en agosto del 2000 y su objetivo es prevenir la desnutrición proteico - calórico de niños y niñas menores de seis meses a dos años de edad y contribuir a mejorar el estado nutricional de mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia. Tiene auspicio de organismos nacionales: FS; e internacionales: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD-, UNICEF y OPS/OMS.

Este programa es uno de los que más acogida ha tenido en la población ecuatoriana favorecida y tiene su razón de ser. Los datos de la OPS (2000, p. 230) indican, que en, 1999 la mortalidad en este grupo fue de 354 por mil y que el 8.3% de las muertes se debió a deficiencias nutricionales y anemias. La desnutrición crónica fue

⁷¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

⁷² Cooperación Técnica Alemana

⁷³ Este programa tuvo asignado un presupuesto de 15 millones de USD para el año 2002 y el presupuesto del MSP fue de 200 millones de dólares, con financiamiento del Fondo de Solidaridad y el Ministerio de Finanzas

⁷⁴ SECRETARIA TECNICA DEL FRENTE SOCIAL, “Informe de rendición de cuentas de los programas prioritarios del frente social: Abril 2001-2002”, Agosto 2002. Quito, 103 pp.

del 26% y la desnutrición global del 14% manifestándose este problema de manera más profunda en la zona rural.

Para el año 2001 la cobertura de este programa en el ámbito nacional fue del 80% entre la población de niños en edades entre 6 meses a 2 años y el 45% en el grupo de las madres embarazadas.

2.2.4. Plan Ampliado de Inmunizaciones

Este programa se inició en el año 1977 como parte de los programas nacionales vacunación y luego con atención permanente en los centros, subcentros y hospitales pediátricos. Su objetivo es disminuir la tasa de morbi-mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en la población infantil, además de que busca erradicar el sarampión, poliomielitis y tétanos.

Los beneficiarios de este programa son niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y población en riesgo. Es un programa de amplia difusión y participación comunitaria.

Este programa tiene auspicio de organismos internacionales como: OPS y UNICEF.

En cuanto a cobertura; en el año 2001⁷⁵: vacuna antituberculosa –**BCG**- fue el 119%, Difteria, Paperas y Tétanos –**DPT**- triple el 89%, antipolio el 90%, antisarampión, rubéola y paperas fue el 115% y la Difteria y Tétanos –**DT**- en embarazadas fue tan solo del 48.6%.

2.2.5. Control Epidemiológico –Tuberculosis

Inicialmente la actividad asistencial la realizó LEA (Liga Ecuatoriana Anti-Tuberculosa, en 1940, con el Dr. Alfredo J. Valenzuela) y la preventiva el Sistema Sanitario Nacional⁷⁶.

Actualmente se mantiene como un programa del MSP, se ejecuta en todas las unidades operativas y está dirigido fundamentalmente a la población mayor de 15 años. El objetivo es reducir los impactos de la tuberculosis en la salud de la población, que para el año 2000 la tasa de casos nuevos fue de 62 por 100 mil habitantes en la Provincia del Guayas.

⁷⁵ Informe rendición de cuentas...pag. 75

⁷⁶ En 1972 se creó el MSP que vino a sustituir al Sistema Sanitario Nacional SSN y abarcó la atención de muchas entidades públicas y privadas, en 1973 absorbió a LEA, con todo su personal e instalaciones, la razón era integrar en un solo ente el manejo de la salud a nivel nacional. Además de los problemas económicos y laborales que tenía LEA en ese tiempo.

Tiene el auspicio de algunos organismos internacionales entre ellos el Fondo Canadiense que apoya con equipos, capacitación del recurso humano e insumos médicos.

Uno de los desafíos que tiene este programa es el incremento de casos con cepas multi - resistentes a las drogas tradicionales (rifampicina y meambutol) y la vinculación de esta enfermedad con el VIH, elevando el costo⁷⁷ del tratamiento de la enfermedad.

2.2.6. Control Epidemiológico –Malaria y Dengue

Guayas es una provincia costera ubicada en la parte llana de la cordillera de Chongón - Colonche, la misma que comienza en la parte norte de Guayaquil con los cerros: Santa Ana y El Carmen (300 mts de altura). El clima es tropical húmedo y cálido tropical debido a la influencia de las corrientes de Humboldt (fría) y de El Niño (cálida). La temperatura promedio es 25° centígrados.

En la época invernal, esta zona baja sufre inundaciones a causa de la acumulación de: sedimentos en los ríos en la zona rural, y desechos sólidos en el sistema de alcantarillado en la zona urbana.

La acumulación de agua estancada da origen al desarrollo de dos variedades de mosquitos: Anopheles (Vivax, Ovale, Malariae y Falciparum) y el Aedes Aegypti, el primero causa la enfermedad del paludismo y la segunda del dengue.

El programa de control epidemiológico de Malaria y Dengue tiene como objetivo controlar, a través del SNEM⁷⁸, los vectores que transmiten enfermedades en las zonas tropical y subtropical, su actividad es a través de campañas preventivas de fumigación de viviendas en zonas de alto riesgo (urbano-marginal y rural) y abatización de pozos de almacenamiento de agua para consumo humano en el plano preventivo. En lo curativo: la elaboración de exámenes hematológicos y tratamiento médico.

Por la incidencia que tienen estas enfermedades en la población costera, el MSP despliega las actividades de control de vectores a través del SNEM. Este programa tiene participación activa de la comunidad, gobiernos locales y provinciales.

2.3. Principales procesos de atención

Un proceso, según CAGIGAL (2003, p.6) es: *“una actividad que se lleva a cabo en una serie de etapas para producir un resultado específico a un conjunto coherente de resultados específicos... Los procesos son la base de la reingeniería en los que se*

⁷⁷ En el presupuesto del año 2001 y 2002 la asignación para este programa no superó el millón de dólares, ver rendición de cuentas del ministro de Bienestar Social Dr. Luis Maldonado

⁷⁸ Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, a partir del año 2003, se denomina Servicio Nacional de Control de Vectores

orienta toda institución, no como en el enfoque tradicional donde ésta se concentra en tareas, oficios, funciones, personas, muchas de las cuales no añaden valor alguno”. De esta manera, proceso es todo lo que ocurre durante la interacción entre el sistema de salud y el usuario, lo que incluye los aspectos interpersonales de la atención y también aquellos del contexto de la prestación del servicio que afectan directamente al paciente.

Hay que mencionar que dentro del sistema nacional de salud, el MSP está tratando de establecer la Gestión por Procesos sobre la base de una reingeniería de procesos en los hospitales cantonales, estas nuevas estructuras fueron aprobadas de manera transitoria para poder justificar la aprobación de las 14 escalas de sueldos para los empleados de este ministerio.

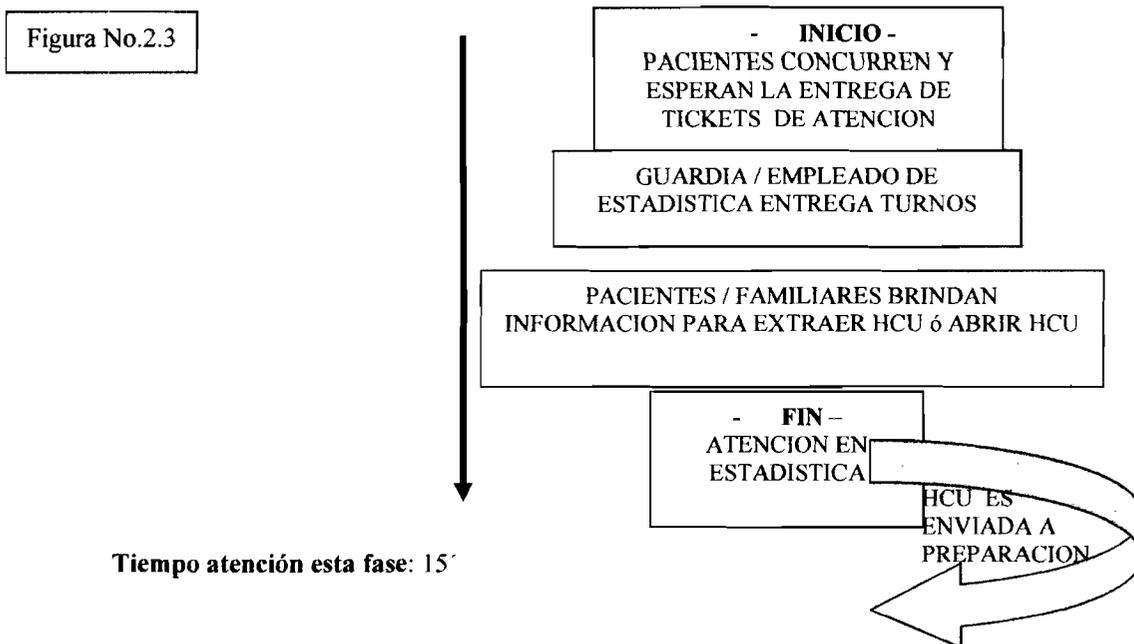
La resolución No. 026 de la SENRES da origen a esta estructura provisional, sobre la cual el MSP está ampliando la capacitación, al momento a nivel central, para validar cuatro procesos: 1) Procesos Gobernantes; 2) Procesos de Asesoría; 3) Procesos de Valor Agregado y 4) Procesos Habilitantes de Apoyo.

En este contexto, en que no hay nada definido y frente a una paralización de esta nueva forma de organización de la producción, aún en el propio nivel central (MSP), se describirá en los siguientes epígrafes lo que se ajusta a la atención sanitaria en los hospitales cantonales:

2.3.1. Procesos previos a la atención médica en consulta externa

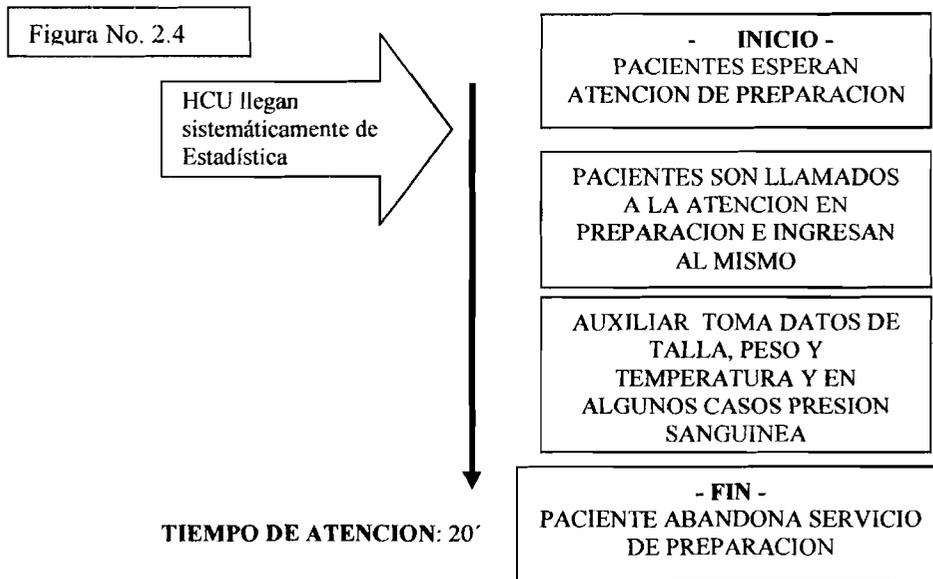
Estos procesos son comunes a todos los pacientes que por una u otra causa concurren a buscar atención en salud en la Consulta Externa:

2.3.1.1. Estadística – Admisión:



Este proceso describe la atención inicial (Figura No. 2.3) que recibe un paciente al concurrir a la unidad operativa, generalmente consiste en la identificación, registro y asignación de un expediente clínico para la atención médica. En los hospitales cantonales, este proceso tiene inconvenientes cuando los turnos de atención médica no se planifican de acuerdo a la oferta de recursos y demanda de pacientes, o cuando el recurso humano por cualquier razón no asiste. Este **proceso termina cuando el expediente clínico** es enviado a la consulta externa a otro proceso que es el de preparación previa a la atención médica.

2.3.1.2. Preparación de pacientes en Consulta Externa

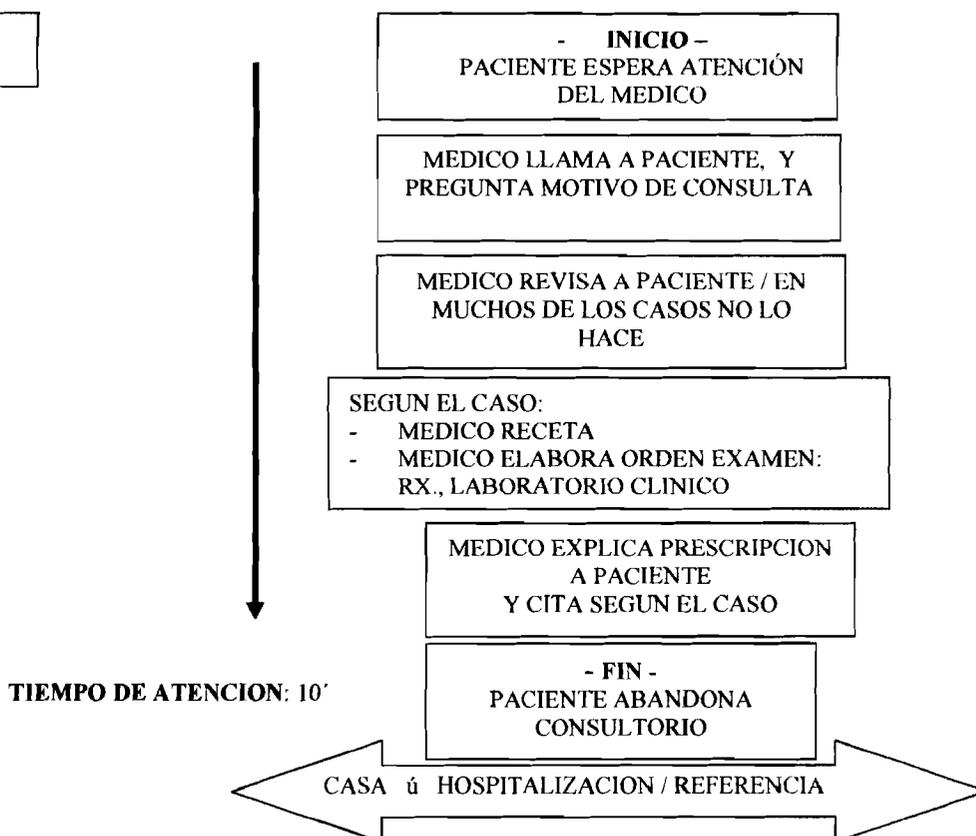


Se inicia con la entrega de la Historia clínica por parte de admisión y la espera del paciente (Figura 2.4) hasta ser llamado por la Auxiliar de Enfermería. Este proceso describe la atención de enfermería previo a la consulta médica, se refleja en la toma de signos vitales, es rápido, influye mucho el buen trato al usuario, el valor agregado de satisfacción al usuario es nulo. Este proceso termina con el envío del paciente al consultorio médico respectivo.

A continuación se citan los procesos secuenciales relacionados propiamente con la atención profesional del médico, obstetra, etc. según sea el caso:

2.3.2. Medicina General y Gineco-obstetricia

Figura No. 2.5

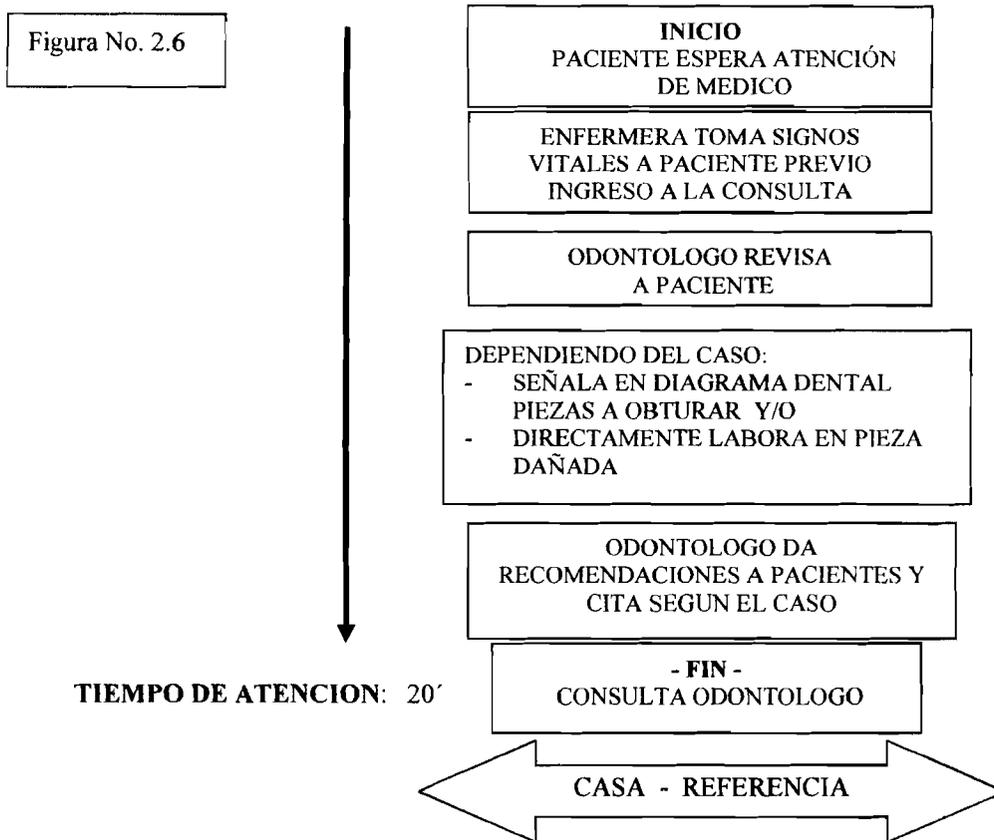


Se inicia con la entrega de la Historia clínica por parte de la Auxiliar de enfermería. Describe la atención de los servicios de medicina y de gineco-obstetricia (figura 2.5). En el caso de medicina general atiende a pacientes de cualquier edad, el médico general hace de “*pediatra*”, y en algunos casos hasta “*obstetricia*” a falta de éste.

Este proceso tiene tres componentes: chequeo clínico, prescripción médica e información al paciente. Sin embargo, en los hospitales estudiados pasan desapercibidas las fases: chequeo clínico y de información al paciente. La excepción la tiene la atención en obstetricia que sí cumple con las tres fases.

Es en este proceso, donde el usuario percibe que falla el profesional médico en lo relativo a; calidad de atención, trato al usuario, llenado de Historia Clínica, tiempo de atención y escasa información del médico al paciente. Este proceso termina con la entrega de recetas al paciente o familiar, orden de exámenes y una posible cita de acuerdo al caso clínico.

2.3.3. Odontología

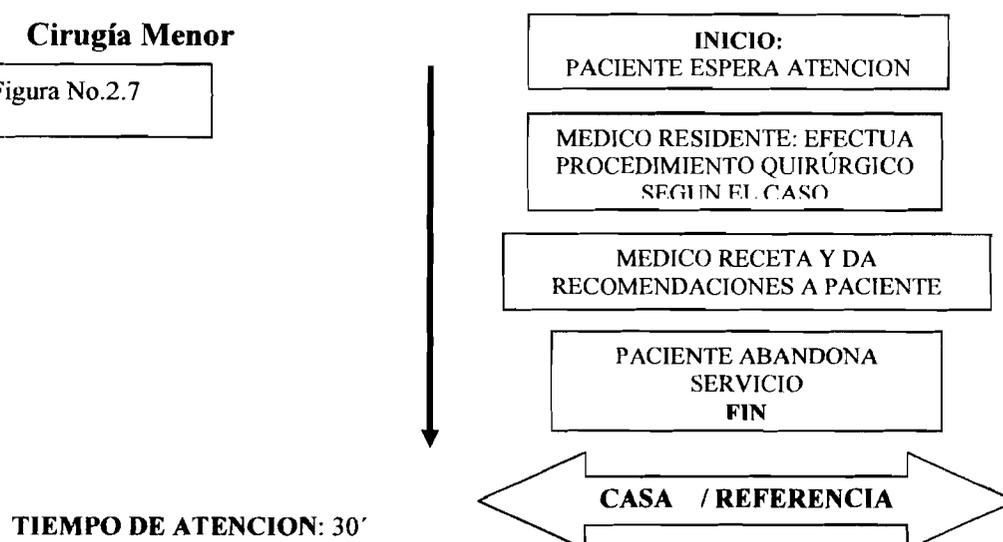


Se inicia con la entrega de la Historia clínica por parte de la Auxiliar de enfermería. Este proceso (Figura 2.6) describe la atención odontológica que reciben los pacientes en los hospitales cantonales. Este proceso termina con la cita médica del paciente atendido.

2.3.4. Emergencia

2.3.4.1. Cirugía Menor

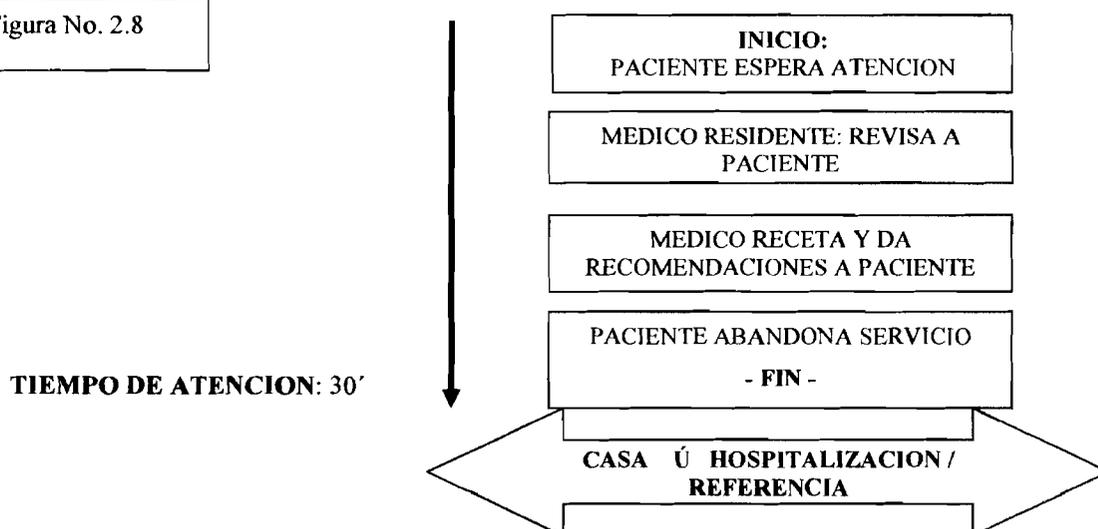
Figura No.2.7



Este proceso describe (Figura 2.7) la atención que brinda emergencia en pacientes con heridas leves, la forma común de atención de primeros auxilios y luego el tratamiento ambulatorio.

2.3.4.2. Gineco-obstetricia

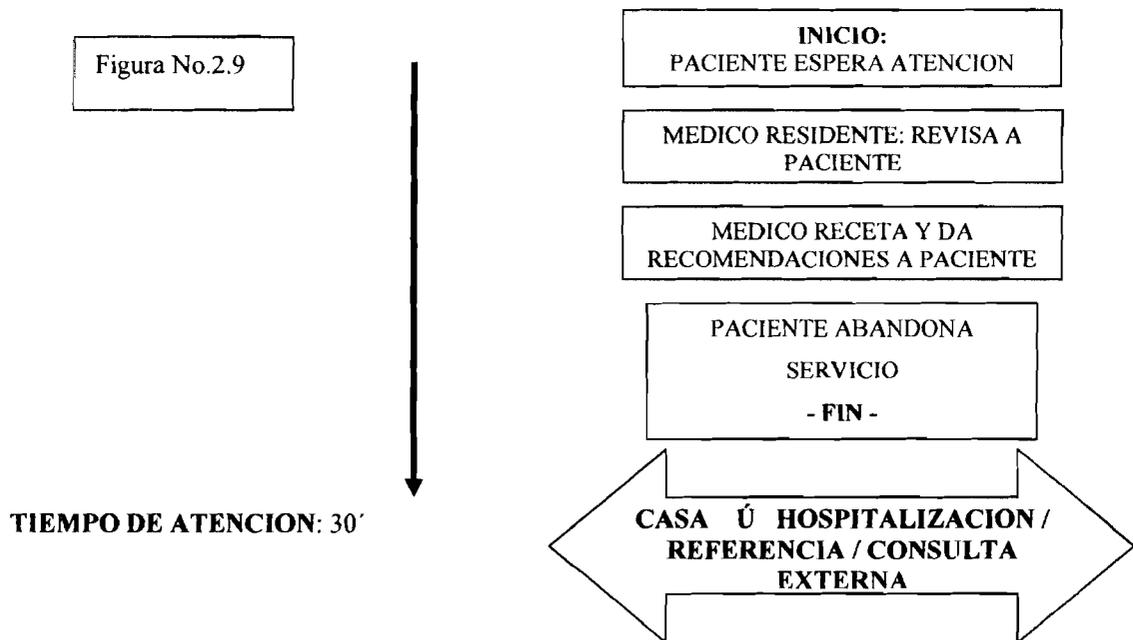
Figura No. 2.8



Este proceso describe (Figura 2.8) las atenciones que recibe la embarazada en el servicio de emergencia cuando se presentan signos de complicaciones durante el embarazo.

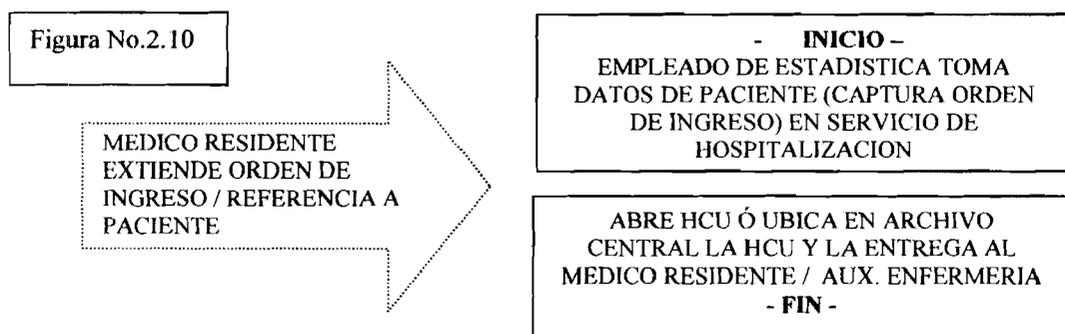
Generalmente dependiendo del caso, las mismas son atendidas en emergencia y en otros casos derivadas a hospitales de mayor complejidad.

2.3.4.3. Medicina General y Pediatría:



Este proceso describe (Figura 2.9) las atenciones que recibe un paciente que acude a emergencia sea éste de cualquier edad y sexo, dependiendo del tipo de morbilidad se realiza la consulta médica y se refiere a la consulta externa, hospitalización o domicilio.

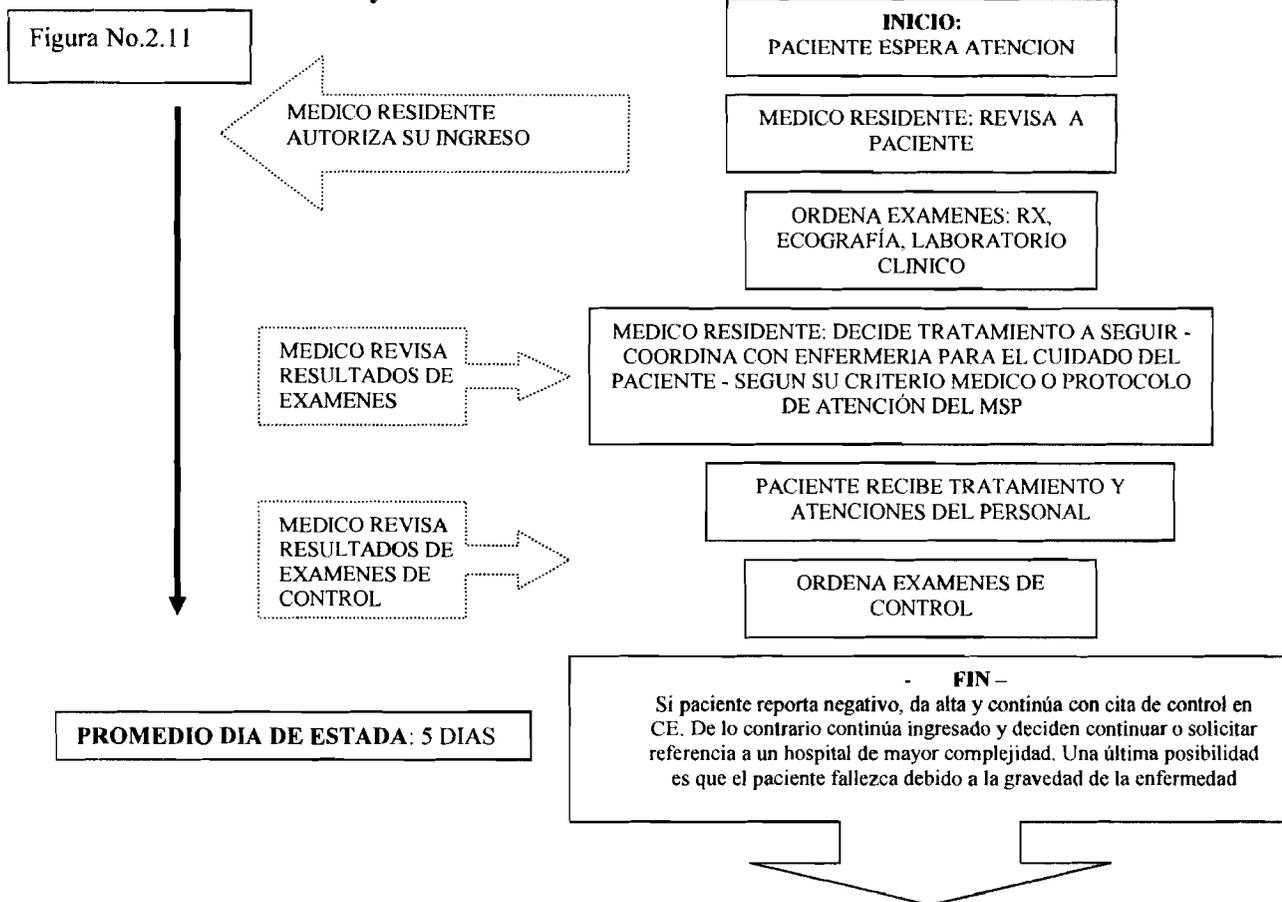
2.3.5. Proceso previo ingreso a hospitalización: Admisión de hospitalización



Este proceso describe (Figura 2.10) el sistema de admisión a hospitalización, parte de la orden de ingreso del médico de consulta externa o del interno / residente de emergencia termina con la localización o apertura del expediente clínico y remisión al servicio respectivo.

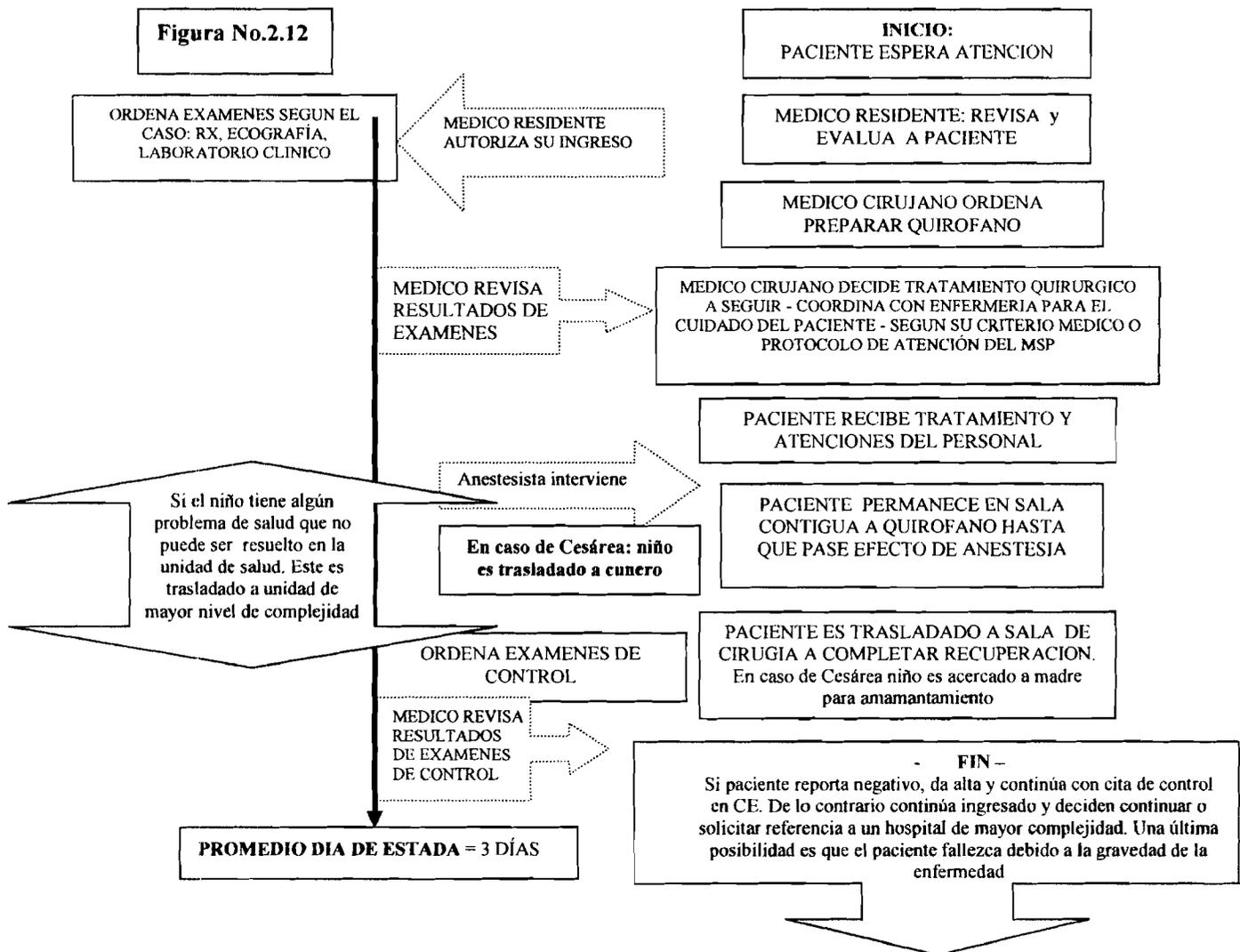
2.3.6. Hospitalización:

2.3.6.1. Medicina General y Pediatría



Este proceso describe (Figura 2.11) el ingreso de un paciente en los servicios de Medicina General y Pediatría. Recibe el producto del servicio de admisión. Se *inicia con la espera* de atención médica, luego requiere de actividades complementarias como: exámenes de los servicios auxiliares de diagnóstico. Procede luego a determinar el protocolo de atención a seguir de acuerdo a la mejor práctica médica. Finalmente el paciente abandona el hospital.

2.3.6.2. Cirugía General (incluyendo cirugía de parto: Cesárea)



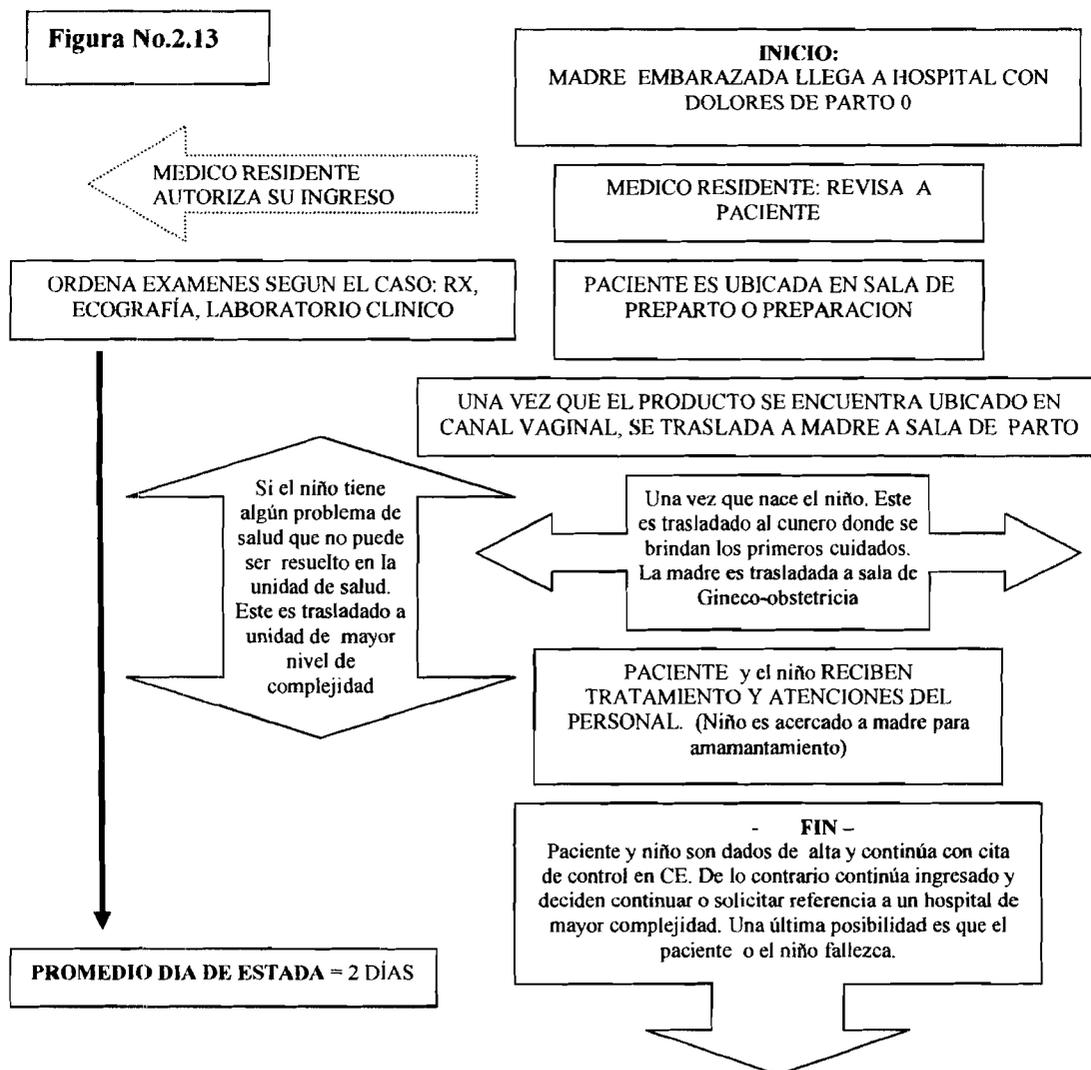
Este proceso describe (Figura 2.12) el ingreso, atención y alta de un paciente con una patología o parto que requiere resolución quirúrgica. El paciente es admitido en el servicio de cirugía previo proceso de admisión evaluado clínicamente por el médico tratante de consulta externa o médico residente de emergencia.

El conjunto de servicios auxiliares de diagnóstico se convierten en servicios complementarios de apoyo al proceso. Las actividades tanto en el diagnóstico como en el control intermedio y final.

Finalmente el paciente abandona el hospital cuyas posibilidades son descritas en el final del proceso.

En los hospitales cantonales no existe médico cirujano de planta, las categorías de contratación son: Residentes de Cirugía o Cirujano contratado bajo modalidad de riesgo compartido. Lo mismo que el anestesista.

2.3.6.3. Gineco-obstetricia: (Parto normal)



Este proceso describe (Figura 2.13) el conjunto de atenciones que recibe la madre embarazada durante el parto normal. Se inicia con la admisión no programada de la embarazada, generalmente en el servicio de emergencia. Continúa con el trabajo de preparación o inducción al parto y finaliza con la labor de parto propiamente dicha y el alta del paciente.

Uno de los principales problemas que podemos observar en la estructura de los procesos citados; es la coordinación con los subprocesos, es decir, aquellos procesos que son involucrados dentro de otro proceso, éstos detienen al proceso más grande, cuando el primero no desarrolla capacidades de coordinación con el resto de procesos. Entre un proceso y otro hay un tiempo de desperdicio y de ineficiencia y más aún crítico si ellos no aportan a la calidad asistencial.

La descoordinación se produce en los subprocesos: RX, Laboratorio clínico y Farmacia con los procesos: Hospitalización y Consulta Externa.

En el caso del Laboratorio Clínico; el horario de atención⁷⁹, la calidad del recurso humano y la provisión de insumos son factores que han detenido o retrasan a los procesos de hospitalización y Consulta Externa.

La Farmacia de estos hospitales frecuentemente se encuentra desabastecida⁸⁰ en los cuatro primeros meses de cada año. De 3 recetas que prescribe el médico al menos 2 no pueden ser despachadas en el hospital cantonal. Algunos de los medicamentos, especialmente antibióticos, cremas para quemaduras, son más caros⁸¹ en la farmacia de la institución que en la farmacia privada. El stock de medicamentos y de insumos médicos no se planifica en función del perfil de morbilidad que atienden en cada unidad operativa. Las donaciones de medicamentos a los hospitales del MSP se producen cuando están cerca de caducar su efecto terapéutico.

En lo que respecta a Rayos X, éste servicio no ha sido construído con las respectivas seguridades⁸², las radiografías se entregan sin el debido informe, la producción mensual y anual es bajísima. El servicio no atiende cuando el funcionario “no llega o esta de vacaciones”

Es común observar que alrededor de la mayoría de los hospitales cantonales se encuentran centros privados de atención que ofrecen servicios de: atención médica, laboratorio Clínico, Farmacia y Rayos X con mayor flexibilidad, al cual son referidos “inconscientemente” dada la ineficiencia de estos servicios.

Existe una gestión inadecuada del recurso humano: Ello es posible apreciarlo en el “desacuerdo” en la cantidad de pacientes por médico, calidad y calidez de atención.

Horarios de atención médica que no se cumplen, excesiva contratación de personal de servicios administrativos en contraposición con la contratación de personal médico y paramédico.

Es frecuente el cambio de directores en estas unidades de salud y ello incide para que las prioridades se definan de acuerdo a cada nuevo directivo.

⁷⁹ A causa de las vacaciones del encargado de laboratorio clínico, el servicio se interrumpe por 30 días. Debido a la calidad de un exámen de laboratorio el médico envía al paciente a hacérselos fuera de la institución. El horario de atención es de 8h30 a 9h30 para la recepción de exámenes, es tan exigente el servicio que no admiten un exámen fuera de ese horario.

⁸⁰ Porque la Caja Fiscal liquida el presupuesto del año anterior y demanda liquidez para despachar las alicuotas en los primeros meses de cada año.

⁸¹ Explica el funcionario que el precio diferente se debe a los precios actualizados con que vende el laboratorio, en todo caso el usuario siempre confronta precios y no le interesa sino comprar a precios bajos

⁸² En los hospitales visitados las medidas de seguridad contra la radiación no se han observado, por ejemplo las paredes de plomo, el mandil no se usa frecuentemente.

La escasa presencia y permanencia en sus unidades de salud de los directores de los hospitales cantonales. En la mayoría de los casos, éstos no son nativos del lugar⁸³ aquello ocasiona que no haya un control permanente y oportuno de los recursos del hospital. En muchos de los casos se delega esta función al médico residente y/o administrador.

Los elementos descritos permiten tener una visión macro de las causas de la ineficiencia de estas unidades de salud y que se resumen en una débil gestión del recurso humano, insumos y equipos.

2.4. Insumos y productos

La distribución del recurso humano e insumos entre hospitales cantonales no es equitativa, tenemos que los presupuestos difieren⁸⁴ entre uno y otro. Mucho depende de su ubicación geográfica, desarrollo comercial, turístico, hegemonía política, etc.

2.4.1. Recursos humanos, materiales y equipos

2.4.1.1. Recursos Humanos:

2.4.1.1.1. Médicos

Este recurso se encuentra distribuido de manera desproporcional, por ejemplo, se puede apreciar en la Tabla No.3 que en determinados hospitales cantonales: Salinas Manglaralto, Tenguel y el Triunfo, la tasa de médicos⁸⁵ por 10000⁸⁶ habitantes es superior a 7, mientras que los hospitales: El Empalme y Balzar no llegan ni a 3 médicos por 10000 habitantes.

Durante el periodo 1998 – 2002 se incrementaron hasta 4 médicos, como es el caso de los hospitales: Salitre, Salinas y Manglaralto, mientras que en otros - Hospital del Triunfo - más bien disminuyeron en 4, pero aún así, mantiene la tasa de 7.7 médicos por 10000 habitantes.

Algunos hospitales cantonales no tuvieron Médicos Tratantes durante el periodo señalado como es el caso del Hospital de Naranjito, toda la actividad de Consulta Externa se desenvolvía con médicos rurales, situación que repercute en la calidad de atención.

La asignación de recursos, en especial médico, es desigual varía de un cantón a otro, se concentra en especial en los sitios ampliamente comerciales, turísticos o

⁸³ La mayoría de los directores de los hospitales estudiados residen en la capital de la provincia; Guayaquil

⁸⁴ Hospitales de Balzar, Naranjito y Salinas tienen presupuestos superiores a 400 mil dólares. El resto de hospitales tienen presupuestos inferiores a 300 mil dólares. El hospital de Tenguel tiene un presupuesto de 195 mil dólares.

⁸⁵ Se incluye a Médicos tratantes, Residentes y Rurales, que son los que predominan en estos hospitales

⁸⁶ Estos 10 mil habitantes, que sirve de base para el cálculo del indicador, se refieren a la población que el MSP le asigna a cada hospital como población a ser cubierta durante un año. No es la población censal del cantón.

cercanos a Guayaquil como es el caso de: Naranjito, Salinas, Libertad, Daule, El Triunfo y Salitre.

2.4.1.1.2. Enfermeras

Este recurso deficiente en cantidad en los hospitales cantonales, ver Tabla No 4, el 60% de los hospitales que tiene una enfermera profesional, cumple funciones administrativas de jefatura, supervisa la atención en hospitalización, dirige las campañas de vacunación, etc. Así en los hospitales: Libertad, Balzar, Naranjito, Empalme y Balzar la tasa de enfermeras por 10000 habitantes es inferior a 0.3.

La distribución de este recurso no es equitativa entre un cantón y otro. Por ejemplo; los hospitales: Salitre, Salinas, Daule y el Triunfo tienen 2 enfermeras, cuyas funciones se distribuyen entre Jefatura y actividades de Hospitalización.

2.4.1.1.3. Auxiliares de Enfermería

La deficiencia del Recurso Humano enfermeras profesionales es “*compensado*” con el recurso humano Auxiliares de Enfermería. La tasa es de 7 por 10000 habitantes, ver Tabla No.4, como es el caso de los hospitales: Salitre, Salinas; Manglaralto, Tenguel, El Triunfo y Yaguachi. La tasa más baja la registra Naranjito, Daule, Empalme y Balzar que es inferior a 4.

Durante la última década, este recurso humano ha recibido un fuerte apoyo por parte de las Facultades de Medicina de las Universidades del país, que lo han capacitado y titulado a nivel intermedio. En los hospitales adquieren la experiencia bajo las directrices que proporciona la enfermera jefe.

En las Áreas de Salud, este recurso humano es dinámico y abarca acciones comunitarias de gran cobertura

2.4.1.1.4. Otro personal de servicios y administrativos

Se identifica al personal de auxiliares de limpieza, guardianes, técnicos, auxiliares de laboratorio, Rayos x, farmacia, lavandería, alimentación, administrativos y Dirección Este recurso es el más numeroso dentro de los hospitales, Tabla No.5. El recurso por habitante es superior a 15 por 10000 habitantes en los hospitales: Salinas, Manglaralto y Yaguachi.

Con excepción del personal administrativo, dirección y en muy contados casos; los encargados de Laboratorio clínico y Rayos x. El resto del personal escasamente ha completado el bachillerato, el desempeño es basado en experiencia acumulada y en pocos cursos de capacitación que el MSP les ha brindado.

Es posible afirmar que existe distribución inequitativa del recurso humano en los hospitales cantonales de la Provincia del Guayas.

2.4.1. 2. Materiales:

La provisión de materiales e insumos para los hospitales cantonales no es continua, esta sujeta al escaso y no oportuno despacho de alícuotas del respectivo presupuesto.

La distribución de materiales como: lencería, medicamentos, reactivos químicos y placas radiográficas, tienen retraso en su provisión. Señalan como causa; el retardo en la entrega de las asignaciones presupuestarias. En muchos de los casos han suspendido la atención de los servicios de salud porque “*no han tenido con qué trabajar*”.

Sin embargo, es un hecho de que en las instituciones hospitalarias del Estado, la priorización del gasto no es el norte de una buena gestión, se prefiere la compra de insumos o equipos que no tienen ninguna trascendencia en la atención⁸⁷ de salud.

2.4.1. 3. Equipos

Los hospitales cantonales estudiados distribuyen sus equipos de la siguiente manera:

2.4.1.3.1. Laboratorio clínico

Los hospitales cantonales poseen el equipo necesario para exámenes:

- Sangre: Bioquímica (glucosa y hemograma), colesterol, prueba de embarazo. VDRL, grupo sanguíneo.
- Orina: físico, químico y sedimento.
- Heces: parasitológico.
- No realizan: cultivos, antibiograma y pruebas de sensibilidad.

El área de trabajo es inferior a 30 mts². En el mismo se ubican equipos, escritorios, etc.

Lo destacado para estas unidades de salud, es que el Fondo Canadiense ha donado equipos de laboratorio para el diagnóstico de la TB pulmonar.

⁸⁷ El Hospital de Tenguel, es uno de los que más necesidades tiene en cuanto a insumos, equipos y recursos humanos, sin embargo no se prioriza el gasto. El único quirófano que existe, no ofrece la seguridad sanitaria adecuada, existen camas y colchones en mal estado, incumplimiento de horarios por parte del personal que labora en esta unidad cantonal.

2.4.1.3.2. Rayos X

Los hospitales cantonales poseen equipos de Rayos X.

La tarea del empleado del servicio se limita a realizar una toma radiográfica simple y sin interpretación de resultados

El 30% de los hospitales visitados refieren que los equipos se dañan con frecuencia y que en muchos casos el daño es el mismo⁸⁸.

2.4.1.3.3. Ambulancia

El 30% de los hospitales (Salinas, Tenguel, Naranjito y el Triunfo) tienen ambulancias en mal estado. Estos vehículos se dañan constantemente.

Algunos hospitales con más suerte han tenido el apoyo de sus municipios⁸⁹ que han donado este activo.

2.4.1.3.4. Equipos de Cómputo

El 100% de los hospitales visitados disponen al menos de 2 computadoras, ubicados en: Estadística y Administración, observándose escasez de personal adiestrado para el manejo de estos equipos.

2.4.1.3.5. Equipos de Cirugía - Quirófano

El 100% de los hospitales disponen al menos de un quirófano, con la excepción del quirófano de Tenguel que está considerado no operativo. Todos los hospitales carecen de cirujano y anestesista de planta.

De preferencia; el tipo de cirugía que atiende el hospital cantonal es la cirugía programada, las emergencias según el caso, son derivadas a hospitales provinciales. El promedio días de estada para estas cirugías es de 2 días. Las cirugías que se realizan con mayor frecuencia son: apendicetomía, ligaduras, hernias y cesáreas. Las cirugías de emergencia se realizan en los hospitales que disponen de residentes cirujanos como es el caso de Libertad, Daule, El Triunfo y Salinas.

2.4.2. Producto, resultados y satisfacción del usuario

En todos los casos, el producto es relacionado con el tipo de servicios que presta.

Aunque el producto final es la salud y la satisfacción del usuario. En este estudio, consideraremos como producto a; consultas médicas y egresos hospitalarios –aunque existen productos intermedios generados en los servicios auxiliares de diagnóstico –.

⁸⁸ Señalan que la tarjeta electrónica del mando central del equipo de rayos X se daña frecuentemente.

⁸⁹ Municipio de Playas

2.4.2.1. Consulta Externa por especialidad

En los hospitales cantonales no hay médicos especialistas, sino el médico general que atiende indistintamente a cualquiera y registra la consulta en un formulario llamado parte diario de consulta externa.

El parte diario de consulta externa clasifica las atenciones en; fomento, atención a embarazadas, morbilidad primeras y subsecuentes consultas, y por grupo de edad. Este registro sirvió de base para la clasificación de las consultas en: Obstetricia, Pediatría y Medicina General.

En la Tabla A (apéndice) podemos observar la evolución de las consultas médicas durante el periodo analizado (1998-2002). En los dos primeros años (1998-99), el 69% de los hospitales tuvieron porcentajes de crecimiento negativo⁹⁰ para los tres años siguientes (2000-2002), estos se reducen al 50%.

Los hospitales que mantienen variaciones positivas superiores al 50% durante dicho periodo son: Naranjito, Playas, Salinas Manglaralto, Tenguel, Empalme y Balzar. Y los que tienen variaciones positivas del 30% o menos son: Salitre, Naranjal, Libertad, El Triunfo y Yaguachi.

Las variaciones negativas entre periodos pueden interpretarse como: 1) Falta de promoción de los servicios de salud en la zona de influencia, 2) Evento socio-económico que ha afectado a la población usuaria de los servicios de los hospitales cantonales, 3) Desconfianza de la población en el personal de salud de las unidades cantonales.

Al consultarse a los usuarios del porqué no asisten frecuentemente a hacerse atender en los hospitales cantonales, manifiestan; *“no asisten a hacerse atender cuando los hospitales cantonales están desprovistos de insumos o se enteran que los equipos no funcionan”*.

2.4.2.2. Egresos hospitalarios por especialidad

La atención del servicio de hospitalización descansa en los médicos residentes que tienen guardias de 48 horas en conjunto con los médicos que realizan la medicatura rural.

Los egresos hospitalarios representan a pacientes a los que se les han brindado un conjunto de servicios de hotelería y de cuidados médicos al ocupar una cama disponible del establecimiento de salud.

⁹⁰ Los factores que desencadenaron la crisis financiera del Ecuador afectaron también al sector salud

Los hospitales cantonales atienden pacientes con necesidades de cuidados hospitalarios en salas de: Medicina General, Pediatría, Gineco-obstetricia y Cirugía. La clasificación de las salas en especialidades es de acuerdo al tipo de patología del paciente y no significa el uso de personal especializado.

En la Tabla A se puede apreciar que no existe variación negativa durante el periodo 1998-1999 – contrario a lo que sucede en la Consulta Externa -. Todas las variaciones son positivas durante el periodo inicial.

El Hospital de Manglaralto tiene el 59% de incremento en los egresos hospitalarios, periodo 1998-1999, una de las razones que explican⁹¹ es que el Hospital de Manglaralto tiene influencia en la zona sur de Manabí⁹² - Cantón Puerto López -.

En los periodos subsiguientes (1999-2002) el 77% de los hospitales cantonales que se visitaron tienen variaciones negativas en uno o más periodos. Es decir disminuyeron los egresos hospitalarios.

Los hospitales: Salitre, Naranjito y Daule tienen variaciones negativas: -22%, -74% y -48% respectivamente, señalan que es debido al efecto de los inviernos fuertes en los hospitales mencionados, algunos de ellos se inundan y se ven obligados a rechazar pacientes.

Hay hospitales como: Naranjito, Salinas, Manglaralto, Daule que han tenido una alta afluencia de pacientes en hospitalización reflejándose en porcentajes elevados, 253%, 83%, 87% y 86% respectivamente durante los 5 años. Podría interpretarse lo anterior como el hecho de que estos hospitales tienen buena aceptación con la población debido a que son más “completos”⁹³, tienen mejores médicos, y son los únicos que hay, el próximo está luego de dos horas de viaje.

Con los indicadores revisados hasta aquí, podemos formarnos una idea del funcionamiento de los hospitales cantonales, las limitaciones, el sistema de gestión, en algunos casos, expresados en indicadores de producción de la consulta externa y de hospitalización. En el capítulo siguiente someteremos la información resultante de la gestión hospitalaria a la metodología DEA para verificar la eficiencia de cada hospital en el uso de los recursos asignados.

⁹¹ Jefe de Estadística del hospital

⁹² Los hospitales ubicados al sur de Manabí, están en peores condiciones en cuanto a equipos y personal que los hospitales ubicados al norte de la Provincia del Guayas.

2.5. Satisfacción del usuario

La opinión⁹⁴ de los usuarios sobre: ¿Qué es lo que esperan del profesional médico? fueron:

- a) Con una sola receta el paciente se cure;
- b) El médico no le haga gastar tanto,
- c) El médico lo revise completamente;

Y ante la pregunta: ¿Qué ellos verían con mayor agrado cuándo éste los atiende?,

- a) Explique al paciente lo que tiene que hacer y;
- b) Atienda con “*caballerosidad*”.

En el 100% de los hospitales cantonales estudiados, la insatisfacción del usuario empieza desde la entrega de los tickets de atención en la Consulta Externa⁹⁵ del hospital, el retardo en la búsqueda –a veces se “extravía”- de la HCU, el trato descortés de la auxiliar de enfermería de preparación, “*visita sorpresiva*” a los médicos dentro del horario de consulta de “*representantes de laboratorios*” y finalmente el “*apuro*” del médico por desocuparse temprano de la consulta hace que no admita un turno “*adicional*” y si ello ocurre se producen reclamos a la Dirección del hospital por la asignación de cupos adicionales⁹⁶.

Estos elementos vivenciales fueron tomados en la observación realizada en las unidades de salud, y se repiten de manera generalizada en el 100% de los establecimientos estudiados.

El asunto se vuelve crítico cuando el médico tratante no viene o llega tarde, como respuesta a este problema, la dirección del hospital cantonal le asigna un reemplazo (médico residente o rural), sin embargo los pacientes se ven obligados a regresar al día siguiente porque “*no le tiene confianza al médico reemplazo*”

En los hospitales cantonales del MSP subsisten concepciones tradicionales propias de la organización vertical y sus fallas de organización que se expresan en:

- a) Ven a la caridad no como virtud, sino como obligación

⁹³ Según los usuarios el hospital es completo si tiene: maternidad, quirófano, medicinas, buenos médicos y enfermeras

⁹⁴ Encuestas de opinión a usuarios de los servicios de Consulta Externa y Hospitalización, Octubre 2003

⁹⁵ Se genera una especie de autoridad del empleado (guardián o empleado de servicios varios) sobre los pacientes y se refleja en el trato descortés. Esta “autoridad” hace con los tickets de atención lo que a bien se le presenta: entrega tickets anticipadamente, los primeros turnos son para pacientes “especiales” para él. Cumple “*profecías bíblicas*” según: “*los últimos serán los primeros*”, y de esa manera reparte los turnos.

⁹⁶ Muchos de los pacientes que asisten a estos hospitales provienen de recintos, comunas con viajes de más de 40 minutos en buss y media hora de camino a pie desde sus hogares.

La Historia clínica que llena el médico en la consulta de primera vez consta exactamente de 8 líneas. Es decir el llenado de la HCU es incompleto.

- b) Hay prioridad de lo normativo
- c) Existe deshumanización del personal de salud, y;
- d) Hay prioridad de lo individual sobre lo colectivo.

a) Caridad para el enfermo; piensan que hacen un favor al paciente en atenderlo. En muchos casos, el paciente así lo entiende porque no le cuesta. No hay satisfacción del personal de salud sino una obligación laboral.

b) Prioridad de lo normativo; No consideran al paciente como objetivo primario de satisfacción, prevalece la norma, el horario fijo, el inamovible número de pacientes por médico. La violación de la norma supone una trasgresión laboral y por ende a sus derechos.

c) Deshumanización del personal de salud; un paciente es un caso, una enfermedad que curar o aliviar, es un número de expediente clínico, esto se expresa en el trato deshumanizado del que mucho se queja el paciente.

d) Lo individual frente a lo colectivo; es individualizado, desde el punto de vista de la priorización de las necesidades del trabajador sanitario; cierre del servicio por vacaciones frente a la atención al enfermo, alimentación del personal frente a alimentación del enfermo, horario de atención que no se cumple porque contraen obligaciones laborales simultáneamente, es decir, prevalecen los intereses personales en la cosa pública, etc.

El MSP ha hecho grandes inversiones en infraestructura y equipos en los hospitales, y ello no los ha llevado a la eficiencia. Es decir el problema no es la carencia de equipos, en muchos casos, sino la predisposición humana hacia las necesidades colectivas.

Desde el año 1992 hasta el año 2003 el MSP ha ensayado propuestas que van desde los círculos de calidad hasta querer implementar la gestión por procesos. Esto último se haya detenido por intereses individuales que subsisten aún dentro del mismo MSP, un programa no desea ser absorbido por otro dentro de un proceso.